

Số: /YCBG-BV

Hung Yên, ngày tháng 11 năm 2025

## **YÊU CẦU BÁO GIÁ**

Kính gửi: Các đơn vị kiểm toán độc lập

Bệnh viện Đa khoa Thái Bình có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu: **Thuê dịch vụ kiểm toán Báo cáo tài chính kết thúc ngày 31/12/2025** với nội dung cụ thể như sau:

### **I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá**

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

Địa chỉ: Số 530, đường Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

CN. Phan Minh Ánh, số điện thoại liên hệ: 0336.846.632

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

3.1. Bản ký đóng dấu: Gửi về CN. Phan Minh Ánh – Phòng Tài chính kế toán, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, số điện thoại liên hệ: 0336.846.632 (địa chỉ: Số 530, đường Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên).

3.2. File mềm gửi vào email: [quanlydauthau.bvdkinhthaibinh@gmail.com](mailto:quanlydauthau.bvdkinhthaibinh@gmail.com) (bao gồm: báo giá, hồ sơ năng lực)

4. Thời gian tiếp nhận báo giá: Từ 10h00 ngày 12/11/2025 đến 17h00 ngày 18/11/2025.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 18/11/2025.

### **II. Nội dung yêu cầu báo giá**

1. Nội dung Thuê dịch vụ kiểm toán Báo cáo tài chính kết thúc ngày 31/12/2025  
(Chi tiết tại Phụ lục I đính kèm).

2. Địa điểm cung cấp dịch vụ: Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

3. Thời gian thực hiện hợp đồng dự kiến: 180 ngày kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng:

- Tạm ứng: Không áp dụng.
- Thanh toán: Trong vòng 60 ngày kể từ ngày bàn giao, nghiệm thu.

5. Các đơn vị kiểm toán độc lập gửi báo giá:

- Theo mẫu tại phụ lục II đính kèm;
- Báo giá ghi rõ số điện thoại liên hệ của đơn vị hoặc người phụ trách báo giá;
- Giấy tờ gửi kèm bao gồm: Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh; Hồ sơ năng lực;...

Bệnh viện Đa khoa Thái Bình kính mời đại diện các đơn vị kiểm toán độc lập tham gia báo giá trong thời gian và địa điểm nêu trên./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lưu: VT, TCKT, HĐMS

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Đức Thái**

**PHỤ LỤC I:**  
**NỘI DUNG THUÊ DỊCH VỤ KIỂM TOÁN BÁO CÁO TÀI CHÍNH KẾT**  
**THỨC NGÀY 31/12/2025**

(Kèm theo Yêu cầu báo giá số: /YCBG-BV ngày tháng 11 năm 2025)

---

**A. Nội dung chính:**

Cuộc kiểm toán báo cáo tài chính kết thúc tại ngày 31/12/2025 của Bệnh viện Đa khoa Thái Bình tuân thủ các chuẩn mực kế toán của Việt Nam và các chuẩn mực kiểm toán quốc tế được thừa nhận ở Việt Nam. Cuộc kiểm toán bao gồm việc kiểm tra các mẫu kế toán, bằng chứng liên quan đến dữ liệu, thông tin liên quan đến báo cáo tài chính của bệnh viện. Các công việc gồm:

- + Kiểm toán
- + Kiểm kê
- + Đối chiếu công nợ

**B. Nội dung chi tiết:**

- Nghiên cứu hệ thống kế toán và kiểm soát nội bộ;
- Đánh giá hiệu quả của hệ thống kiểm soát nội bộ;
- Đánh giá tính hữu hiệu của hệ thống kế toán bao gồm các điểm:
  - + Hệ thống chứng từ;
  - + Hệ thống tài khoản kế toán sử dụng;
  - + Hệ thống và phương pháp kế toán ghi sổ;
  - + Hệ thống báo cáo tài chính;
  - + Tổ chức công tác kế toán.
- Chứng kiến kiểm kê tiền mặt, tài sản cố định, hàng tồn kho tại thời điểm khóa sổ kế toán;
  - Xác nhận các khoản công nợ phải thu, phải trả, khoản vay ngắn và dài hạn, vốn góp;
  - Kiểm tra chi tiết các khoản mục: Tiền mặt, tiền gửi ngân hàng, hàng tồn kho, tài sản cố định, công nợ, doanh thu, chi phí, trích lập các quỹ, vv...
  - Tổng hợp kết quả kiểm tra, đưa ra các đánh giá và Dự thảo báo cáo kiểm toán;
  - Thảo luận với bệnh viện về nội dung báo cáo kiểm toán, trao đổi những vấn đề phát sinh cần xem xét, các bút toán cần điều chỉnh.

## PHỤ LỤC II: MẪU BÁO GIÁ (1)

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện đa khoa Thái Bình, chúng tôi....[ghi tên, địa chỉ của đơn vị cung cấp dịch vụ, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh] báo giá cho dịch vụ ..... như sau:

### 1. Báo giá cho dịch vụ:

| STT              | Tên dịch vụ | Mô tả dịch vụ | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá (có VAT) | Thành tiền (có VAT) |
|------------------|-------------|---------------|-------------|----------|------------------|---------------------|
| 1                |             |               |             |          |                  |                     |
| 2                |             |               |             |          |                  |                     |
| 3                |             |               |             |          |                  |                     |
| n                |             |               |             |          |                  |                     |
| <b>Tổng cộng</b> |             |               |             |          |                  |                     |

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ....., kể từ ngày 18/11/2025 [ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 90 ngày].

### 3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh hoặc các tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp.

- Cam kết chịu trách nhiệm cung cấp thông tin về giá của hàng hóa, dịch vụ phù hợp với khả năng cung cấp của mình; cam kết bảo

đảm việc cung cấp báo giá không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá hoặc nâng khống giá).

- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

*(Ghi kèm số điện thoại của công ty hoặc người phụ trách báo giá)*

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp**

*(Ký, họ tên, chức vụ, đóng dấu (nếu có))*

**Ghi chú:**

- (1) Hãng sản xuất, nhà cung cấp điền đầy đủ các thông tin để báo giá theo Mẫu này.*
- (2) Hãng sản xuất, nhà cung cấp ghi chủng loại thiết bị y tế theo đúng yêu cầu ghi tại cột “Danh mục .....” trong Yêu cầu báo giá.*
- (3) Hãng sản xuất, nhà cung cấp ghi cụ thể tên gọi, ký hiệu, mã hiệu, model, của vật tư, thiết bị y tế tương ứng với chủng loại ..... tại cột “Danh mục .....”.*
- (4) Hãng sản xuất, nhà cung cấp ghi cụ thể mã HS của từng .....*